身体的拘束を最小化するための指針

１．身体拘束等の適正化に関する基本的な考え方

１．身体拘束の定義

「衣類または綿入り帯を使用して一時的に該当患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう」（昭和６３年４月８日　厚生省告示第１２８号）、向精神薬などを上の目的のために使用した場合も身体拘束として扱う。

２．理念

身体拘束は、患者さまの自由を制限し、人権を著しく損なうか、損なう恐れを生じる行為である。そのため、医療上、患者さまの身体生命の維持や保護のために欠くことのできない場合においてのみ、必要最小限の範囲で行われるべきものである。宇治脳卒中リハビリテーション病院（以下、「当院」という。）は、身体拘束を安易に正当化することなく、当院の職員（以下、「職員」という。）一人ひとりが拘束による身体的・精神的弊害を理解し、身体拘束を行わない病院を目指す。

３．基本方針

（１）身体拘束等の原則禁止

身体拘束等は、緊急時や安全性が確保できないと医学的に判断された場合を除き禁止とする。

（２）緊急やむを得ない場合の身体拘束の適応基準

ご本人又は他の患者さまの生命又は身体を保護するための措置として、緊急かつやむを得ない場合は、多職種により十分に検討を行い、身体拘束による心身の損害よりも拘束をしないリスクの方が高く、「切迫性」・「非代替性」・「一時性」の３要件のすべてを満たした場合のみ、ご本人・ご家族への説明・同意を得て身体拘束を行う。

（緊急やむを得ない場合の３要件）

- 切迫性：患者さま等の生命、身体、権利が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。身体拘束を行うことにより患者さまご本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束等を行なうことが必要となる程度まで、患者さま等の生命または身体が危険にさらされる可能性が高いことを確認する必要がある。
- 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないこと。いかなるときでも、まず身体拘束等を行なわずに支援する全ての方法の可能性を検討し、患者さま等の生命または身体を保護するという観点から、他に代替手法が存在しないことを複数の職種で確認する必要がある。
- 一時性：身体拘束が一時的なものであること。ご本人の状態に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。

（３）身体拘束は必要最小限なものとする

やむを得ない理由により身体拘束を行った場合は、その方法が、患者さまの安全を確保しつつ最も制限の少ない方法により行われているかを検討しなければならない。さらに身体拘束を解除もしくは軽減できるように多職種による検討を繰り返し行うこととする。

２．身体拘束最小化のための体制

身体拘束最小化チーム部会の設置

１．構成員

身体拘束最小化チームは病院長、専任医師、専任看護師、診療部長、看護部長、事務部長、薬剤科長、リハビリテーション部、地域連携部、事務部を代表する者で構成する。

病院長は専任医師と専任看護師を任命する。専任医師が身体拘束最小化チーム部会長を務める。部会長は必要と認められる職員を部会に召集することができる。

2．身体拘束最小化チームは月に１回部会を開催し、以下のことを検討する。

①身体拘束に関する指針及びマニュアル等の見直し

②病院全体の拘束症例の把握

③身体拘束が適正に行われているかの確認

④不適切な身体抑制について調査し、検討及び対策を講じる

⑤年間研修計画に沿って院内研修を企画し、評価する

３．身体抑制最小化のための職員教育

１．身体拘束最小化チーム部会は年間計画に従って、すべての医療従事者に対して身体拘束等防止及び最小化のための研修を企画する。

（１）定期研修

・日程：年１回　　・対象：医療従事者全員　　・評価方法：研修後テスト

（２）新採用者研修

・日程：毎年４月　　・対象：新規採用者　　・評価方法：研修後テスト

２．研修に当たっては実施日・実施場所・内容等を記載した記録を作成する。

４．緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合の対応

１．緊急やむを得ない場合に該当するかを検討する対象となる患者さまの状態・背景

①気管切開・気管内挿管チューブ、中心静脈カテーテル、経管栄養チューブ、膀胱留置カテー テル、各種ドレーン等を抜去することで、患者さま自身に生命の危機および治療上著しい不利益が生じる場合

②精神運動興奮（意識障害、認知障害、見当識障害、せん妄、薬物依存、アルコール依存など）による多動・不隠が強度であり、治療に協力が得られない、自傷・他傷などの害を及ぼす危険性が高い場合

③ベッド・車椅子からの転倒・転落の危険性が著しく高い場合

④病的反射や不随意運動により自分の意志で体動を抑えられず、身体に危険が及ぶ可能性が高い場合

⑤検査・手術・治療で抑制が必要な場合

⑥その他の危険行動（自殺・離院・離棟の危険性など）

以上いずれかの状態であり、且つ「切迫性」・「非代替性」・「一時性」の 3 要件を全て満たすもの

２．身体拘束に相当する行為

介護保険指定基準において禁止の対象になる具体的な行為

①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。

③自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。（ベッド柵をひもなどで動かないよう固定することも含む）

④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。

⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指 の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。

⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y 字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。

⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。

⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護服（つなぎ服）を着せる。

⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る。

⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。

⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成 13 年 3 月厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」改変）

３．身体拘束の判断・指示

安易に「緊急やむを得ない」ものとして身体拘束等を行なうことのないよう慎重な判断を行う。実施するに当たって

は、必ず抑制以外の対応プロセスを検討する。それでも身体拘束が必要な場合は以下に準ずる。

①緊急やむを得ず身体拘束が必要と考えたスタッフは(昼夜を問わず)、ほかの 1 名以上のスタッフに相談・協議する。

②協議の結果身体拘束以外に安全を確保できないと考えられた場合、日勤帯は主治医に、夜間帯は当直医に報告報告し判断を仰ぐ。

③連絡を受けた医師は、上記 3 要件が満たされ身体拘束以外の適切な方法がないと判断した場合に、患者さまご本人またはご家族の同意を得て身体拘束の指示を行う。

④医師は身体拘束の判断の根拠、実施方法と時間を診療録に記録し、指示は診療録上の医師指示欄において行う。当直医の場合記録欄へ指示した旨を記載し、後日主治医が医師指示欄に改めて指示する。

4．向精神薬の適正使用について

認知症における BPSD 及びせん妄による諸症状に対してはその増悪因子（健康状態、疼痛や不快感、うつ状態、ポリファーマシーなど）を評価しそれらを改善する非薬物療法が原則である。それらを充分に行っても、自傷他害が予想される攻撃性、興奮、徘徊、脱抑制、叫び声など薬物的な鎮静を考慮せざる得ない場合がある。その場合は当院の認知症ケアマニュアル（VI-(3)項 BPSD の治療及び VII-2 項 せん妄の治療）に従い、向精神薬を含む適切な薬剤を選択する。ただしその場合にも非薬剤療法は必ず併用する。BPSD 及びせん妄の治療目的を越えた過度の鎮静は身体抑制とみなされる。

向精神薬をはじめとした鎮静作用を持つ薬剤を使用する際は、患者の尊厳が保持されるよう、多職種が連携し薬剤の適正使用に努めることが重要である。

医師は鎮静作用を持つ薬剤を患者に使用する際、その効果と副作用を定期的に確認するとともに、治療対象となる症状が改善した場合は、速やかに薬剤の減量・中止を検討する。薬剤師は医師に対し向精神薬の選択とその用量についての助言を行い、看護職員、リハビリスタッフ、栄養士、その他スタッフは鎮静作用をもつ薬剤を服用中の患者に過鎮静症状（日中の傾眠、ふらつき、意識レベルの低下等）を確認した際には、医師・薬剤師・看護師など部署スタッフに速やかに情報を提供する。

5．説明と同意

（1）医師は患者さまご本人、ご家族（代理人）に以下の内容を説明し、十分な理解が得られるように努める。説明には看護師が立ち会う。身体拘束に関する同意を確認し同意書に署名を受け取る。

説明内容：

①身体拘束を必要とする理由

②身体拘束の具体的な方法とそれによる患者さまの不利益

③身体拘束の時間帯

④身体拘束等の開始と解除予定の月日

⑤特記すべき心身の状況

（2）ご本人の同意が得られない状況で夜間など緊急で拘束を行った場合は、ご家族（代理人）には電話などで状況を説明し同意を得る。後日同意書に署名を受け取る。

（3）同意が得られない場合は、拘束しないことにより危険が回避できないこと（状況によっては最悪の場合死亡や重度の障害もあり得ること）を医師が説明し、その内容を診療録に記録する。

（4）患者さまに代理人となるべきご家族がいない場合で、ご本人に同意が得られる状況でないときは、カルテにその旨を記載し、医師・看護師を含めた多職種の協議で身体拘束の実施を検討する。

（5）予定された期限を越えて身体拘束を継続する場合は、継続の必要性を多職種で協議し、患者さまご本人、ご家族に再度同意書をいただく。

6．観察と記録

（1）身体拘束等を行っている間は適宜観察を行い、適切な医療および安全を確保する。

（2）看護師は安全に身体拘束等が行われているかを 2 時間毎に観察し、その旨を毎勤務帯で記録する。異変が認められた場合は速やかに医師に報告をする。

５．身体拘束最小化及び解除への取り組み

１．身体拘束をおこなう場合は、最小限の身体抑制になるよう、また統一されたケアが提供できるように看護計画を立案し、適時修正をおこなう。
２．月に１回定期的および必要に応じて適時多職種のカンファレンスを行う。カンファレンスでは身体拘束等の必要性や方法を随時評価し、身体拘束の最小化もしくは解除のための検討を行う。カンファレンスの内容、月日、参加者を診療録に記載する。
３．医師はカンファレンスの内容を確認し、身体拘束を継続する必要がなくなったと判断した場合速やかに身体拘束の解除を指示し、その旨を診療録に記録する。解除の指示は診療録の医師指示欄において行う。
４．身体拘束の解除を患者さまご本人、ご家族に報告する。

６．身体拘束に関する報告と対応

１．身体拘束最小化チームへの報告
部門責任者は身体拘束の対象となった患者さまのカンファレンスの記録、もしくはその要旨を看護部長に報告する。
看護部長はそれを集計し身体拘束最小化チームへ報告する。

２．身体拘束最小化チームの対応
報告を受けた身体拘束最小化チームは、各症例の身体拘束が適正であるか否か、代替手段の有無、適切に拘束の最小化が図られているかを部会において検討する。
検討の結果、身体拘束等に改善すべき点が認められた場合には、その結果を部門責任者に文書で通知する病院内の身体拘束の集計結果及び身体拘束最小化チーム部会での検討結果を５年間保存する。
問題の内容、重要度によっては倫理委員会または医療安全管理部門での対応を依頼する。

（2026.6.1）